

**LES ENFANTS NÉS
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1959
AVEC ÉTUDE PARTICULIÈRE
DES PRÉMATURÉS ET DES DÉBILES**

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Octobre 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

ISSARTEL Serge

Né le 30 Juin 1933, à Lyon



Imprimerie N. LEHMANN

33, Rue Anatole-France

DÉCINES

**LES ENFANTS NÉS
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1959
AVEC ÉTUDE PARTICULIÈRE
DES PRÉMATURÉS ET DES DÉBILES**

ISSARTEL Serge



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**LES ENFANTS NÉS
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1959
AVEC ÉTUDE PARTICULIÈRE
DES PRÉMATURÉS ET DES DÉBILES**

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Octobre 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

ISSARTEL Serge

Né le 30 Juin 1933, à Lyon



Imprimerie N. LEHMANN

33, Rue Anatole-France

DÉCINES

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire : M. J. LEPINE Doyen : M. H. HERMANN (correspondant de l'Institut)
Assesseur : M. M. LEVRAT.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL,
GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN	Clinique stomatologique	MM. DUCLOS
Clinique Urologique	CIBERT	Clinique méd. inf. et hyg. du 1 ^{er} âge	BERNHEIM
Physique biolog., radiol., physiotherap.	PONTHUS (déta- ché à Beyrouth)	Botanique et cryptogamie	JOURDAN
Clinique neuro-psychiat. et hyg. ment.	DECHAUME	Clinique chirurgicale C	NETIEN
Thérapeutique chir. et chir. opérat.	ROCHET	Chimie analytique pharmaceutique ..	BERTRAND
Clinique des maladies infect. et bact.	X...	Pharmacie et pharmacologie	BADINAND
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON	Médecine légale et déontologie	DREVON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER	Parasitologie et pathologie exotique	ROCHE
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	DELORE	Clinique oto-rhino-laryngologique ..	COUDERT
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT	Clinique ophtalmologique	MOUNIER-KUHN
Clinique et prophylaxie cardio-vasc.	FROMENT	Clinique dermatologique et syphilig.	PAUFIQUE
Clinique médicale C	CROIZAT	Clinique de pneumo-ptisiologie	THIERS
Chimie biologique et médicale	ENSELME	Clinique traumatolog. des membres..	BRUN
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY	Cancérologie	CREYSSEL Jean
Clinique chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile	GUILLEMINET	Anatomie pathologique	DARGENT
Pharmacie galénique et matière méd.	REVOL	Pathologie générale et expériment.	GUICHARD
Clinique gynécologique	POLLOSSON	Anatomie	GIRARD Paul
Clinique obstétricale	PIGEAUD	Pathologie chirurgicale	LATARJET
Médecine du travail	BOURRET	Thérapeutique	PEYCELON
Clinique médicale A	LEVRAT	Pathologie médicale	GIRARD Marcel
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER	Physio-pathologie des voies respirat.	VACHON
		Histologie	GALY
			KEHL

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appl. à la méd. DORCHE Technologie pharmaceutique BERGER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique BANSSILLON Parasitologie ROMAN Bactériologie BERTOYE
Physiologie CIER J.-François Physiologie CHATONNET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Chimie organique et toxicologie MM.	PERROT Louis	Histologie	MM. DUMONT L.-P.
Anatomie pathologique	FEROLDI Jacques	Hygiène	THIVOLET Jean
Pharmacie et pharmacologie	CIER André	Parasitologie	GARIN Jean-Paul
Chimie biologique et médicale	CREYSSEL Roger	Physique	MORET Robert
Anatomie	DUROUX	Botanique et cryptogamie	ODDOUX Lucien
Thérapeutique	BRETTE René		

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE	Maladies infectieuses	MONNET P.
Cardiologie	GONIN André	O.R.L.	GIGNOUX M.
Obstétrique	MATHIEU Jacques	Stomatologie	FREIDEL Ch.
Orthopédie	MARION Joseph	Médecine générale	PLAUCHU M.
Propédeutique médicale	PONT Maurice	Pathologie médicale	DEVIC M.
Pathologie médicale	VIGNON G.	Médecine légale	COLIN M.
Pathologie médicale	REVOL Louis	Neurologie	GUYOTAT J.
Pathologie chirurgicale	JAUBERT de BEAUJEU	Obstétrique	DUMONT M.
Médecine générale	TRAEGER Jules	Urologie	DURAND L.-N.
Pathologie chirurgicale	GUILLEMEN G.	Chirurgie générale	FRANCILLON J.
Electro-radiologie	PAPILLON J.	Médecine générale	De MOURGUES
Obstétrique	BURTHIAULT R.	Chirurgie générale	SAUBIER E.
Pédiatrie, Puériculture	FRANÇOIS René	Chirurgie générale	COLOMB D.
Médecine générale	GUINET P.	Dermatologie	TOLOT F.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT J.	Médecine du travail	SCHOTT B.
Chirurgie générale	MARION P.	Neurologie, Psychiatrie	BONAMOUR G.
Chirurgie générale	MICHAUD P.	Ophtalmologie	

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PIGEAUD, Professeur de la Clinique Obstétricale

M. MAGNIN, Professeur, Accoucheur des Hôpitaux — MM. BURTHIAULT, DUMONT, Professeurs Agrégés

A MON PERE, A MA MERE

A MON GRAND'PERE

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MA FEMME

A MON FILS

A Monsieur ODASSO

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PIGEAUD
Professeur de Clinique Obstétricale

Nous le remercions de l'accueil qu'il
nous a réservé et grand honneur qu'il
nous a fait en nous confiant ce travail.

Nous tenons à lui exprimer notre
gratitude et notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé MAGNIN
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé BURTHIAULT

Monsieur le Professeur Agrégé DUMONT

Nous les remercions vivement pour
l'honneur qu'ils nous font en acceptant
d'être nos juges.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSSON
Médecin-Chef de l'Hôpital de Nantua

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOUILLON
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Nantua

A MONSIEUR LE DOCTEUR NICOLLET
Médecin-Accoucheur de l'Hôpital de Nantua

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROSSAND
Radiologue de l'Hôpital de Nantua

... - En hommage respectueux.

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur Pigeaud nous a fait l'honneur de nous confier comme sujet de Thèse un travail statistique concernant la marche du Service au cours de l'année 1959. Il nous a demandé en effet d'établir de façon rigoureuse les différentes statistiques concernant les enfants nés à la Clinique Obstétricale en étudiant plus particulièrement la question des nouveau-nés prématurés ou débiles.

Nous avons pour ce travail revu toutes les observations, sans exception, et abouti à des notions statistiques que nous exposons en adoptant le plan suivant :

1° Nombre d'accouchements et mode de naissance ; accouchements par les voies naturelles avec les différents modes de présentation. Accouchements spontanés et accouchements artificiels avec étude des diverses opérations obstétricales, césariennes.

2° Etude des mort-nés. Mort du fœtus in utero et mort du fœtus au cours du travail.

3° Etude des enfants non prématurés, non débiles, nés vivants : vitalité, mort apparente, morbidité et mortalité néo-natale.

4° Etude des enfants prématurés ou débiles nés vivants avec étude particulière de chacun des groupes d'enfants classés suivant la date de leur naissance par rapport au terme et aussi suivant leur poids enregistré à la naissance.

L'analyse de ces différents chapitres nous permettra de composer quelques conclusions précises.

Depuis 1949, chaque année à la Clinique Obstétricale, une Thèse est consacrée à l'étude des enfants nés dans le Service. Nous rappelons le nom de ceux de nos collègues qui, depuis 1949, ont consacré leur Thèse à cette étude :

Statistique 1949 : B. FAUCON	Thèse 1949-1950
— 1950 : J. CROZET	— 1950-1951
— 1951 : A. GARSON	— 1951-1952
— 1952 : R. VASSEL	— 1952-1953
— 1953 : J. THOMAS	— 1953-1954
— 1954 : J. CHAPELAIN	— 1954-1955
— 1955 : M. GAILLARD	— 1956
— 1956 : J. REVILLET	— 1957
— 1957 : Mme A. GALACTEROS	— 1958
— 1958 : A. VIEU	— 1959

Notre Thèse est donc la onzième soutenue sur le même sujet statistique puisqu'au cours des neuf années précédentes un travail analogue a été effectué dans le Service. Il est donc possible grâce à l'effort de nos prédécesseurs de suivre exactement les résultats obtenus à la Clinique Obstétricale dans le domaine de la vie et de la santé des nouveau-nés et particulièrement dans le domaine de l'élevage des prématurés.

CHAPITRE PREMIER

NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS ET MODE DE NAISSANCE

Au cours de l'année 1959, 3.003 enfants sont nés à la Clinique Obstétricale.

Nombre d'accouchements simples	GARÇONS	FILLES	TOTAL
Nombre d'accouchements gémellaires :	1.579	1.372	2.951
dont 4 univitellins		8	8
22 bivitellins	21	23	44

Nous allons maintenant étudier le mode d'accouchement. Nous séparerons les accouchements par les voies naturelles et les naissances par césariennes.

A. — ACCOUCHEMENTS PAR LES VOIES NATURELLES

2.946 enfants sont nés par les voies naturelles. Parmi eux 2.137 sont nés spontanément tandis que 808 étaient extraits artificiellement par les voies naturelles.

Les 2.137 accouchements spontanés représentent 71,1 % du nombre total des naissances et se répartissent ainsi :

Sommets	2.073
Faces	3
Sièges	61

(dont 43 Bracht).

Les 808 enfants nés artificiellement par les voies naturelles représentent 26,9 % du nombre total des naissances et se répartissent ainsi :

Forceps	116
Vacuum Extractor	658
Spatules	9
Grandes extractions du siège	10
Petites extractions du siège.....	8
Versions par manœuvres internes	6
Manœuvres de Braxton-Hicks	1

En 1958, M. Vieu avait dénombré sur 2.971 naissances 2.138 enfants nés spontanément, tandis que 823 étaient extraits artificiellement par les voies basses.

L'accouchement par les voies naturelles peut être spontané, réalisé par une intervention obstétricale, ou simplement assisté à l'aide du vacuum extractor ou des spatules.

Nous envisagerons donc, du point de vue statistique, successivement :

- L'application de forceps ;
- L'application du vacuum extractor ou des spatules ;
- Les versions par manœuvres internes ;
- Les grandes extractions du siège ;
- Les petites extractions du siège ;
- Les manœuvres de Braxton-Hicks.

FORCEPS.

116 applications de forceps, soit 3,8 % du nombre total des naissances et 14,3 % du nombre total des interventions par voie basse ont été pratiquées au cours de l'année 1959. Ces interventions se répartissent de la manière suivante :

Applications de forceps sur sommet	102
Applications de forceps sur face	1
Application de forceps sur bregma	0
Application de forceps sur front	1
Application de forceps sur tête dernière..	3
après grande extraction du siège	3
après version podalique par M. I.	0
après petite extraction du siège	1
après échec du vacuum extractor	5

Envisageons maintenant les indications de ces applications de forceps ; les renseignements obtenus peuvent être groupés ainsi :

Arrêt de la progression : 81.

Dans 1 cas, il s'agissait d'une dystocie du col.

Dans 1 cas, il s'agissait d'une **anomalie de la contraction** utérine.

Dans 14 cas, après épreuve du travail pour bassin rétréci, dont 1 observation avec césarienne antérieure (obs. 1764).

ETAT MATERNEL. -

Le surmenage maternel vrai ne représente que 3 indications, alors que dans 15 cas, l'intervention a été pratiquée à titre prophylactique chez des femmes malades, chez lesquelles il était indiqué d'éviter un effort d'expulsion trop important.

Nous allons analyser ces 15 observations :

- 4 néphropathies gravidiques ;
- 4 cardiopathies ;
- 1 cardiopathie-néphropathie conjuguées ;
- 1 H. T. A. essentielle ;
- 2 tuberculoses pulmonaires ;
- 2 césariennes antérieures ;
- 1 cypho-scoliose.

SOUFFRANCE FŒTALE.

Ce paragraphe groupe 17 observations et il est intéressant de voir combien l'indication d'une intervention autrefois si fréquemment rapportée à la souffrance de l'enfant est devenue relativement rare de nos jours.

Encore faut-il signaler qu'à la Clinique Obstétricale on est relativement large dans les indications de forceps en cas de souffrance fœtale toutes les fois que la présentation est arrivée au bas de l'excavation.

Nous relevons les cas suivants :

- 2 cas de procidence du cordon ;
- 4 cas de grossesse prolongée ;
- 1 cas de placenta praevia avec procidence du cordon ;
- 1 circulaire du cordon ;

Il reste maintenant à envisager les résultats de ces applications de forceps, tant pour l'enfant que pour la mère.

L'état des enfants est analysé dans le tableau suivant.

Etat à la naissance

Vigoureux	99
Faible	3
Etonné	1
Mort apparente.....	9
Mort réelle	4

Etat à la sortie

Vigoureux	108
Etat non satisfaisant	2
(observations n ^{os} 402 et 2.830).	

6 enfants sont morts à la suite d'une application de forceps, soit un pourcentage de 5,1 %. Il n'est pas prouvé du reste, que l'application de forceps soit la cause de la mort.

La mortalité se répartit ainsi :

Enfants morts-nés	4
Mortalité néo-natale.....	2

Sur les 2 enfants morts dans les suites de naissance, 1 était né trois semaines après terme, avec mort apparente plus de 5' (observation 331).

Pour l'autre l'accouchement était un siège qui avait demandé 1 petite extraction plus forceps sur tête dernière. (Hémorragie méningée (obs. 2.855).

On relève dans les suites immédiates une hémorragie méningée traitée avec succès chez l'enfant né avec mort apparente, ayant nécessité une réanimation de plus de 5' (observation 402).

- 1 paralysie du plexus brachial (obs. 1634) ;
- 1 fracture de la clavicule (obs. 1421) ;
- 1 fracture de l'humérus (obs. 1797).

Pour ce qui est de la mère, à l'occasion de ces 116 applications de forceps, nous enregistrons :

- 9 épisiotomies ;
- 18 déchirures simples du périnée ;
- 9 déchirures complètes du périnée ;
- 1 périnéorraphie (obs. 2051).
- 1 symphysiotomie à la Zarate (obs. 2099) ;

M. Vieu avait relevé, en 1958, pour 122 applications de forceps, 4 enfants morts-nés, 4 cas de mortalité néo-natale.

Du point de vue maternel, 9 épisiotomies, 22 déchirures simples du périnée, 6 déchirures complètes, 1 endométrite.

Spatules.

L'application des spatules de Thierry a été réalisée dans 9 cas. On sait que cet auteur préconise les spatules à la place du forceps et c'est devant un arrêt de la progression que l'indication de ce mode d'extraction a été posée.

Vacuum Extractor.

Le vacuum extractor est appliqué dans le Service, à titre systématique, pour aider le dégagement chez toutes les primipares.

Il est parfois utilisé chez les multipares en cas de lenteur du dégagement.

658 applications de vacuum extractor ont été réalisées dans de telles conditions, alors que l'on note pour l'année précédente 637 applications du vacuum extractor.

Versions podaliques par manœuvres internes.

Cette intervention a été pratiquée 6 fois, soit 0,19 % du nombre total des naissances.

Ces 6 interventions ont été pratiquées dans les conditions suivantes :

- 1 procidence du cordon sur le premier fœtus d'une grossesse gémellaire (obs. 278).
 - 2 sur second fœtus d'une grossesse gémellaire (obs. 1083-2254).
 - 2 sur les 2 fœtus en présentation de l'épaule d'une gémellaire (obs. 1169).
 - 1 sur une épaule (obs. 1073).
- Les 6 enfants sont sortis en bon état du Service.
Rien à relever dans les suites maternelles.

Grandes extractions du siège.

Cette intervention a été pratiquée 10 fois, soit 1,2 % des interventions par voie basse.

Les méthodes actuelles tendent à réduire les interventions de l'accoucheur au cours des accouchements par le siège, du moins au début de l'accouchement. Mais certaines circonstances obligent à intervenir :

Au cours de l'année 1959, les indications de grande extraction du siège pratiquées à la Clinique Obstétricale se répartissent ainsi :

Arrêt de la progression	6
Accouchement prématuré avec procidence du cordon	1
Après versions par manœuvres internes..	1
Placenta praevia marginal dans présenta- tion du siège avec procidence du cor- don (obs. 2396)	1
2 fœtus d'un accouchement gémellaire	1

En 1958 M. Vieu avait recueilli 27 observations de grandes extractions du siège.

Petites extractions du siège.

Cette intervention a été pratiquée 8 fois, soit 0,26 % du nombre total des naissances et 0,99 % des interventions par voie basse.

Au cours de l'année 1959 les indications des petites extractions du siège pratiquées à la Clinique Obstétricale se répartissent ainsi :

Arrêt de progression	4
Souffrance fœtale	4

Les résultats ont été les suivants :

1 enfant né en état de mort apparente (obs. 2697), ranimé en 10'.

1 enfant mort-né (obs. 2855) — forceps après échec petite extraction.

Donc 7 enfants sur 8 sont sortis en bon état du Service.

Braxton Hicks.

Cette intervention a été pratiquée 1 fois (obs. 1015 bis) pour placenta praevia latéral.

B. — LES OPERATIONS CESARIENNES

Au cours de l'année 1959 il a été pratiqué dans le Service 58 césariennes ayant donné naissance à 60 enfants, dont 1 post-mortem et 1 pour rupture utérine suivie d'hystérectomie sub-totale.

Il s'agissait, dans 37 cas, de césariennes prophylactiques, soit 68,3 % et dans 21 cas de césariennes après épreuve du travail, soit 23,7 %.

Les indications étaient réparties de la façon suivante :

Bassins rétrécis	37	soit	65 %
Placenta praevia	4	—	6,9 %
Présentations de l'épaule	3	—	5,2 %
Dystocie du col	1	—	1,7 %
Diabète	2	—	3,4 %
Tumeur praevia	3	—	5,2 %
Néphropathie gravidique	1	—	1,7 %
Décollement du placenta	1	—	1,7 %
Utérus double	1	—	1,7 %
Tertigeste sans enfant	1	—	1,7 %
Grossesse hétérogène	1	—	1,7 %
Grossesse prolongée	1	—	1,7 %
Césarienne prophylactique pour gros enfant	1	—	1,7 %
Périnéorraphie chirurgicale antérieure ..	1	—	1,7 %

21 césariennes sur 60 ont été pratiquées après une épreuve du travail négative, soit 36 % et, dans 15 cas sur 21, l'épreuve a été précédée de rupture spontanée (9 cas) ou artificielle (6 cas) des membranes.

44 césariennes ont été effectuées sans rupture préalable des membranes.

Du point de vue technique opératoire, il a été pratiqué :

4 incisions segmento-corporéales.....	soit	8 %
1 incision latérale	—	1,6 %
2 incisions segmentaires longitudinales .	—	4 %
14 segmentaires arciformes	—	26,4 %
32 incisions segmentaires transversales ..	—	60 %
1 incision atypique	—	0,6 %

Pour la mère, on a relevé 1 cas de mort sur 58, soit 1,7 % (obs. 1794).

Quant aux nouveau-nés, nous avons obtenu les résultats suivants :

- a) Mortalité, 2 cas, soit 3,4 %.
Obs. n° 2349 : fœtus de six mois.
Obs. n° 2657 : mort-né macéré.

b) Morbidité 15 cas, soit 25 0/0 - Par mort apparente 6 cas

Causes diverses 9 cas

Mort apparente : obs. n° 830, 1589, 2294, 2319, 2747, 2889.

2 prématurés : obs. n° 1160, 1601.

2 ictères : obs. n° 1195, 1549.

1 *bronchite* : obs. n° 223.

1 *maladie hémolytique* : obs. n° 86.

1 *pemphigus* : obs. n° 791.

1 fracture du fémur : obs. n° 1357.

1 *méningite* : obs. n° 2882.

En outre, 4 malformations.

CHÂPITRE DEUXIEME

ETUDE DES ENFANTS MORT-NES

Il s'agit d'enfants morts au moment de leur naissance, c'est-à-dire n'ayant donné absolument aucun signe de vie : pas de mouvements respiratoires, pas de battements cardiaques.

Nous éliminons donc le cas de quelques enfants nés en état de mort apparente avec des battements cardiaques, mais n'ayant pu être réanimés.

Sur 3.003 naissances, nous notons 41 mort-nés qui se répartissent de la façon suivante :

Morts in utero avant tout début de travail	36
Morts au cours du travail	5

PATHOGENIE

Il convient de distinguer les cas où le fœtus est mort in utero avant tout début de travail, de ceux où il est mort au cours de l'accouchement lui-même. C'est dans cette catégorie seulement que l'on peut mettre en cause les facteurs obstétricaux.

MORT DU FŒTUS IN UTERO : 36 cas.

Dans quelques cas, l'étiologie de ces morts a pu être précisée et nous trouvons un premier groupe de causes liées aux anomalies maternelles.

a) Causes très probablement responsables de la mort in utero :

9 néphropathies gravidiques (obs. n° 4, 72, 180, 678, 786, 984, 1751, 1815, 2093).

3 néphrites chroniques (obs. n° 606 bis, 1427, 2873).

3 décollements prématurés du placenta (obs. n° 2671, 2931, 2979).

1 néphrose lipoïdique (obs. n° 855).

2 ruptures utérines (obs. n° 108, 1717).

2 grossesses hétérogènes (obs. n° 1966, 2989).

2 hémorragies graves (à 6 mois, obs. 2349 et 5 mois et demi, obs. n° 1015 bis).

3 diabètes dont 1 associé à un hydramnios (obs. n° 1045, 1443, 2640).

b) Causes hypothétiques de la mort in utero :

1 cas de toxoplasmose (obs. 2409).

1 cas de syphilis maternelle (obs. 2938).

1 nœud du cordon (obs. n° 1013).

1 triple circulaire (obs. n° 2820).

1 rupture prématurée des membranes (obs. n° 1289).

Il y a ensuite les anomalies fœtales parmi lesquelles nous distinguons :

Des malformations graves incompatibles avec la vie :

1 anasarque avec malformations multiples (obs. n° 892).

1 tumeur cocygyenne (obs. n° 1018).

1 hémorragie intra-péritonéale.

En définitive, nous dirons qu'une étiologie pratiquement certaine est mise en évidence dans 25 cas. Dans 5 cas elle ne peut être que soupçonnée. Dans 3 cas elle s'accompagne de malformations. Enfin, dans 3 cas, l'étiologie reste inconnue malgré des recherches poussées (sérologie, glycémie, groupage sanguin chez la mère ; autopsie ; recherche du tréponème, etc. chez l'enfant).

MORT DU FŒTUS AU COURS DU TRAVAIL : 5 cas.

Avant d'analyser les observations, nous noterons les interventions obstétricales pratiquées au cours du travail :

2 dégagements au vacuum extractor pour souffrance fœtale (obs. n° 2638 et 2461).

1 forceps simple (obs. n° 1749).

1 petite extraction du siège avec forceps sur tête dernière dans un cas de bassin rétréci avec souffrance fœtale (obs. n° 2855).

Donc dans 4 cas la mort coïncide avec une intervention obstétricale. Dans 2 cas elle pourrait être imputée au traumatisme obstétrical (obs. 2461 et 2855).

En effet, dans ces deux observations, la vérification a montré l'existence d'une hémorragie méningée.

Envisageons maintenant les causes possibles de la mort du fœtus au cours du travail :

- 1 placenta praevia central avec procidence (obs. n° 1749).
- 1 cas de grossesse prolongée (obs. n° 246).

Il ne reste qu'un cas de mort du fœtus au cours du travail de cause inconnue (obs. n° 2657).

Pour les morts au cours du travail, la cause peut donc être mise plus facilement en évidence ; toutes les morts (le dernier cas cité mis à part) dans ces circonstances sont donc expliquées, le traumatisme obstétrical ne jouant du reste pas un rôle prépondérant. Par ailleurs, on note plusieurs fois des causes multiples de mortalité pour un seul cas.

Nous relevons dans la thèse de A. Vieu 63 morts-nés dont 47 in utero et 16 au cours du travail, ceci sur 2.971 naissances.

CHAPITRE TROISIEME

ETUDE DES ENFANTS NON PREMATURES, NON DEBILES NES VIVANTS

Dans ce chapitre nous groupons tous les enfants ayant donné signe de vie dès leur naissance, alors que l'accouchement avait eu lieu moins de 15 jours avant terme, l'enfant pesant plus de 2.500 gr. Nous savons combien le poids est un critère grossier de débilité mais c'est là le seul critère objectif, et nous considérons *à priori*, comme débile, tout enfant pesant moins de 2.500 gr. à la naissance.

Nous avons 2.799 enfants de cette catégorie que l'on doit rapporter aux 3.003 naissances qui ont eu lieu dans le Service, soit 93,2 % de la totalité des naissances. A propos de ces 2.799 observations, nous allons étudier les circonstances de l'accouchement, la vitalité à la naissance et le développement dans les suites immédiates.

Circonstances de l'accouchement :

Les 2.799 enfants sont nés de la façon suivante :

Accouchements spontanés sur présentation du sommet	1908
Accouchements spontanés sur présentation du siège..	55
Accouchements spontanés sur présentation de la face.	3
Vacuum extractor	639
Spatules	8
Forceps	113
Grandes extractions du siège	9
Petites extractions du siège	8
Version podalique	2
Césariennes	54

Parmi ces enfants, nous notons 41 malformations :

Pieds bots	15
(obs. 333, 400, 531, 561, 1302, 1653, 1683, 2186, 2293, 2309, 2320, 2475, 2569, 2848, 2903).	
Malformations cardiaques	6
(obs. 22, 51, 216, 1566, 2394, 2751).	

Hydrocéphale	1
(obs. 468).	
Hypospadias	2
(obs. 488, 2793).	
Angiome plan de la face	1
(obs. 611).	
Noeuvus pigmentés	2
(obs. 1614, 2210).	
Cyphose congénitale.....	1
(obs. 572).	
Malformations du genou	1
(obs. 1145).	
Malformations jambe et pied	1
(obs. 148).	
Syndactilie et anomalie numérique des orteils	3
(obs. 1606, 2903, 2960).	
Bec de lièvre	2
(obs. 2025).	
Bec de lièvre avec fissure palatine	1
(obs. 1590).	
Imperforation anale	1
(obs. 173).	
Mongoliens	3
(obs. 87, 1151, 1737).	
Extrophie vésicale	1
(obs. 710).	

Vitalité

2.772 enfants sont nés vigoureux, alors que 27 sont nés en état de mort apparente. Nous ne faisons le diagnostic de mort apparente que lorsque les manœuvres de réanimation ont été pratiquées (aspiration des voies respiratoires supérieures ; oxygénation à l'aide du ressuscitator ; éventuellement, injection de médicaments : caféine, lobéline...).

La gravité des cas est fonction de la durée des manœuvres de réanimation, aussi avons-nous arbitrairement divisé les enfants en deux groupes, suivant que les manœuvres ont duré plus ou moins de cinq minutes. Ajoutons que les manœuvres de réanimation ayant échoué, la mort réelle fait suite à la mort apparente.

Dans cette catégorie des enfants nés à terme, et en principe non débiles, nous avons 27 cas d'enfants nés en état de mort apparente, parmi lesquels nous distinguons 9 cas de réanimation supérieure à 5 minutes et 18 cas de réanimation de moins de 5 minutes.

Dans 6 cas la mort réelle a fait suite à la mort apparente, quelques heures après la réanimation.

On note 6 cas de mortalité primaire :

1 au bout de 12 heures (obs. 331).

2 au deuxième jour (obs. 127, 879).

1 au troisième jour (obs. 216).

1 au cinquième jour (obs. 2961).

1 au dixième jour (obs. 1128).

Les circonstances de l'accouchement des enfants nés en état de mort apparente ont été les suivantes :

Accouchements spontanés 13

Accouchements artificiels 14

(5 vacuum extractor, 4 forceps, 1 petite extraction,
3 césariennes, 1 accouchement provoqué).

Suites de naissance.

2799 enfants non débiles sont nés vivants. Nous allons voir ce que sont devenus ces enfants au cours des 10 ou 12 jours qui ont suivi leur naissance :

13 enfants sont morts dans le Service, soit 0,43 %.

60 enfants ont présenté des phénomènes pathologiques plus ou moins graves parmi lesquels nous notons :

Maladies hémolytiques 43

Ictères graves 1

Hémorragies méningées 3

Dermatoses congénitales 1

Infections pulmonaires 1

Fractures de la clavicule 2

Fracture de l'humérus 1

Paralysies du plexus brachial 3

Fracture du fémur 1

Syphilis 3

Maladie de Porak et Durante 1

Pour ce qui est des 13 enfants morts dans le Service quelques heures ou quelques jours après la naissance, on enregistre les faits suivants :

Malformations cardiaques	3
(obs. 216, 1622, 2751).	
Anasarque et ascite	2
(obs. 1314, 1570).	
Shock	1
(obs. 879).	
Hémorragies méningées	1
(obs. 2340).	
Suffusion hémorragique pulmonaire	2
(obs. 127-331)	
Listériose	1
(obs. 1128).	
Œdème cérébro-méningé	1
(obs. 2961).	
Syphilis	1
(obs. 2755).	
Anencéphale	1
(obs. 845).	

CHAPITRE QUATRIEME

ETUDE DES ENFANTS PREMATURES OU DEBILES NES VIVANTS

La définition du prématuré est la suivante : est considéré comme prématuré tout enfant pesant moins de 2.500 grammes, quelle que soit la chronologie par rapport à la naissance.

A côté de ces prématurés ainsi définis, pour l'homogénéité des statistiques mondiales, il existe incontestablement des enfants nés avant terme et débiles bien que pesant plus de 2.500 grammes.

Nous allons étudier en même temps les prématurés et les débiles en fonction de leur date de naissance. Ensuite, nous conformant à la définition stricte du passé, nous étudierons dans un paragraphe spécial les enfants pesant moins de 2.500 grammes.

A. — DEBILES EN FONCTION DE LEUR DATE DE NAISSANCE

Nous possédons 128 observations que nous classons suivant le degré de prématuration en trois tableaux selon que la naissance a eu lieu au cours du septième mois, au cours du huitième mois ou au cours de la première moitié du neuvième mois.

Dans chaque tableau nous donnons le numéro de l'observation, le poids, le degré de vitalité qu'il y ait eu ou non réanimation, les suites de naissance.

Prématurés en fonction de la date de naissance :
6 - 7 mois

N° Obs.	Poids nais.	Vitalité	Mort rapide	Mort après 24 h.	Etat à la sortie	Poids à la sortie	Observations
68	1.660	bonne			bon	1.830	Rupt. prém. membranes.
113	2.200	bonne			bon	2.540	Placenta praevia.
147	1.760	médiocre		4 ^e j.			
165	1.400	médiocre		3 ^e j.			
314	1.300	médiocre	imméd.				Anencéphale.
462	1.860	bonne			bon	2.520	
501	1.460	bonne			bon	2.690	Rupt. prém. membranes au 3 ^e mois. Siège.
610	1.100	bonne			bon	2.650	Ethylisme ?
812	2.000	bonne			bon	1.700	Hydrocéphalie.
871	1.150	bonne			bon	1.450	Gémellaire.
872	1.500	médiocre	12 h.				Gémellaire.
1133	1.450	bonne			bon	2.450	
1222	1.000	médiocre	24 h.				Traumatisme au 2 ^e mois.
1290	1.100	médiocre	6 h.				Lésions hémor. pulmonaires.
1511	1.100	bonne	1 h. 30				Mère non suivie.
1580	1.200	bonne		7 ^e j.			
1593	1.650	médiocre			bon	2.520	Pyélonéphrite 4 ^e mois.
1599	1.150	médiocre		6 ^e j.			Bronchopneumonie diffuse.
1723	1.500	bonne			bon	1.990	
1946	1.100	médiocre	18 h.				
2086	1.300	médiocre	24 h.				Rupt. prém. membranes.
2256	1.500	bonne			bon	2.700	Hémorragie au 6 ^e mois.
2403	1.400	médiocre	10 h.				
2479	1.150	bonne			bon	2.670	
2550	1.030	bonne			bon	1.100	Grande multipare.
2616	1.040	bonne			bon	2.750	
2617	1.200	bonne			bon	2.760	Amputation du col antér.
2668	1.500	médiocre	12 h.				Siège. Accouchement spont.
2733	1.180	médiocre		2 ^e j.			
2885		médiocre	mméd.				Grossesse dissimulée.

Prématurés en fonction de la date de naissance :

7 - 8 mois

N° Obs.	Poids nais.	Vitalité	Mort rapide	Mort après 24 h.	Etat à la sortie	Poids à la sortie	Observations
12	1.900	médiocre			bon	2.040	Placenta praevia latéral.
32	1.720	bonne			bon	2.100	
263	2.240	bonne			méd.	2.180	Hémorragie méningée.
278	1.300	bonne			bon	2.520	Accouchement gémellaire.
279	2.000	bonne			bon	3.420	Accouchement gémellaire.
359	2.000	bonne		2 ^e j.			Syncope blanche.
369	2.460	bonne			bon	2.660	
393	2.200	bonne			bon	2.600	
477	2.250	bonne			bon	2.100	
608	1.800	bonne			bon	2.500	
924	1.500	bonne			bon	2.550	
956	1.400	médiocre		5 ^e j.			Atrésie de l'œsophage.
1083	2.100	bonne			bon	2.530	
1084	1.970	bonne			bon	2.400	Versions man. internes.
1091	1.620	bonne		3 ^e j.			Micocolon congénital.
1169	2.250	médiocre			bon	2.400	
1170	2.750	bonne			bon	2.760	
1207	2.000	médiocre			bon	2.570	
1274	1.600	médiocre	7 h.				Hémorragie méningée.
1275	2.250	bonne			bon	2.050	
1450	1.900	bonne			bon	2.480	Rupt. prém. membranes.
					bon		Siège décomplété.
1472	1.400	bonne		2 ^e j.			Hémorragie méningée.
1557	1.850	bonne			bon	2.520	
1674	2.120	bonne			bon	2.560	
1758	1.580	bonne	6 h.				Grossesse hétérogène. Mère N. N. Maladie hémolytique.
1821	2.450	bonne				2.600	
1907	2.150	médiocre	1 h.				Placenta praevia.
2045	2.400	médiocre			bon	2.570	
2297	2.180	bonne			bon	2.600	
2368	1.980	médiocre	15 min.				Grossesse hétérosécifique.
							Anasarque fœto-placentaire.
2407	2.250	médiocre					Hémorragie méningée.
2455	1.750	médiocre		2 ^e j.		2.630	
2561	2.000	médiocre					Grande multipare.
2633	2.000	bonne			bon	1.950	Gros souffle systolique de pointe.
2656	2.480	bonne			bon	2.695	Frot. Eclamp. Forceps.
2662	1.900	bonne			bon	2.800	Mongolisme. Ipæe âgée.
2692	2.300	bonne			bon	2.540	
2711	2.350	bonne			bon	2.580	Rupt. prém. membranes.
2723	2.040	bonne			bon	2.250	VE. Pied bot.
2801	2.280	bonne			bon	2.490	
2819	2.000	bonne			bon	2.630	VE.
2858	1.900	médiocre		5 ^e j.			Avortements à répétition.
							N.N. hémorragie méningée.
2874	2.100	bonne			bon	2.080	Grande multipare.
2876	1.400	médiocre	5 h.				Rupt. prém. membranes.
2945	1.560	bonne			bon	2.410	Rupt. prém. membranes.
2963	1.500	bonne			bon	2.580	Césarienne antérieure.

Prématurés en fonction de la date de naissance :

8 mois - 8 mois 1/2

N° Obs.	Poids nais.	Vitalité	Mort rapide	Mort après 24 h.	Etat à la sortie	Poids à la sortie	Observations
96	1.970	bonne			bon	2.600	Néphropathie gravidique.
182	2.300	bonne			bon	2.530	
188	2.400	bonne			bon	2.500	
293	2.300	bonne			bon	2.530	Fibrome utérin
364	2.400	bonne			bon	2.520	Césarienne ant. pour placenta praevia.
401	1.500	bonne			bon	2.620	Néphropathie gravidique. Accouchement provoqué.
512	1.860	bonne			bon	2.460	N.N. hémorragie cérébro-méningée bénigne.
590	2.300	bonne			bon	2.500	
593	2.460	bonne			bon	2.500	
628	2.750	bonne			bon	2.530	Néphropathie gravidique. Accouchement provoqué.
656	1.900	bonne			bon	2.520	
705	2.450	bonne			bon	2.500	
759	2.480	bonne			bon	2.500	H. T. A.
831	2.340	bonne			bon	2.580	
844	2.450	bonne			bon	2.680	Grossesse hétérospécifique. Placenta praevia.
880	2.300	bonne			bon	2.300	Bassin rétréci.
958	2.200	bonne			bon	2.550	
1028	2.240	bonne			bon	2.560	Vacuum Extractor.
1060	2.450	bonne			bon	2.370	
1177	2.400	bonne			bon	2.400	
1253	2.300	bonne			bon	2.350	
1279	2.000	bonne			bon	2.080	
1333	2.240	bonne			bon	2.440	Fœtus araignée.
1517	2.300	bonne			bon	2.400	
1562	2.260	bonne			bon	2.700	
1565	1.300	bonne			bon	2.480	H.T.A. + néphropathie gravidique + tuberculose. Ac. provoqué.
1583	1.640	médiocre		2° j.			

Prématurés en fonction de la date de naissance :
8 mois - 8 mois 1/2

N° Obs.	Poids naïs.	Vitalité	Mort rapide	Mort après 24 h.	Etat à la sortie	Poids à la sortie	Observations
1601	2.200	médiocre			bon	2.560	Placenta praevia. Césarienne
1787	2.200	médiocre			bon	2.550	Eclampsie.
1807	2.150	médiocre			bon	2.580	Antécédents bacillaires.
2006	gr.	médiocre			bon	2.400	
2089	gr.	bonne			bon	2.540	Siège.
2096	2.300	médiocre		3 j.			Hémorragie méningée.
2174	1.500	bonne			bon	1.500	Décollement prém. du placenta.
2180	2.200	bonne			bon	2.540	Néphrite chronique.
2185	3.100	bonne			bon	3.300	Diabète, Ac. provoqué.
2243	2.080	bonne			bon	2.600	Pré-Eclampsie.
2259	2.400	médiocre			bon	2.600	
2353	2.300	bonne			bon	2.500	
2387	2.480	bonne			bon	2.530	Néphropathie gravidique récidivante.
2430	2.440	bonne			bon	3.120	Rupt. prém. membranes. Bassin rétréci. VE.
2440	1.900	bonne			bon	2.640	2 césariennes antérieures. Epaule. Forceps.
2463	1.880	bonne			bon	2.580	Néphropathie gravidique. Accouchement provoqué.
2626	2.380	bonne			bon	2.550	Placenta praevia latéral. Siège.
2683	2.200	bonne			bon	2.630	Néphropathie gravidique.
2724	2.200	bonne			bon	2.550	Bassin rétréci. Siège. Placenta praevia latéral.
2760	2.400	bonne			bon	2.760	
2796	2.200	bonne			bon	2.630	Néphropathie gravidique. Ac. provoqué 15 j. avant terme.
2834	2.100	bonne			bon	2.550	Néphropathie gravidique. H.T.A.
2854	1.980	bonne			bon	2.530	Néphropathie gravidique. Ac. provoqué 15 j. avant terme.
2939	2.380	bonne			bon	2.430	Cerclage du col à 3 mois. Ablation du fil à 8 mois 1/2.
2962	1.620	bonne			bon	1.920	Rupt. prém. membranes.

De l'ensemble de ces tableaux, nous retiendrons les chiffres suivants :

- 30 débiles sont nés au cours du septième mois :
15 sont morts ;
15 sont sortis vivants du Service, soit 50 %.
- 46 débiles sont nés au cours du huitième mois :
12 sont morts ;
34 sont sortis vivants du Service, soit 73,9 %.
- 52 débiles sont nés au cours de la première moitié du neuvième mois :
2 sont morts ;
50 sont sortis vivants du Service, soit 96,1 %.

Sur 108 débiles dénombrés par A. Vieu en 1958 :

- 26 débiles étaient nés au cours du septième mois :
8 étaient sortis vivants du Service, soit 30,7 %.
- 39 débiles étaient nés au cours du huitième mois :
34 étaient sortis vivants du Service, soit 87,1 %.
- 43 débiles étaient nés au cours de la première moitié du neuvième mois :
42 étaient sortis vivants du Service, soit 97,7 %.

B. — LES PREMATURES EN FONCTION DE LEUR POIDS A LA NAISSANCE

Nous considérons ici tous les enfants prématurés nés vivants avant 8 mois et demi de gestation et pesant moins de 2.500 gr., en les groupant en trois catégories :

- Enfants pesant de 1.000 à 1.500 grammes.
- Enfants pesant de 1.500 à 2.000 grammes.
- Enfants pesant de 2.000 à 2.500 grammes.

Nous faisons également entrer dans ce groupe tous les enfants nés vivants au voisinage du terme, de poids inférieur à 2.500 grammes. Nous avons 35 observations de cette catégorie dont 3 cas de mortalité néo-natale.

Les résultats sont consignés dans le tableau suivant où nous étudions l'état à la naissance, l'état à la sortie et la mortalité néo-natale.

PREMATURATION EN FONCTION DU POIDS DE NAISSANCE

Poids à la naissance	Nbre	Vitalité			Etat à la sortie		Mortalité néo-natale
		Bon	Méd.	Mort app.	Bon	Mauv.	
De 1.000 à 1.500 gr..	24	12	10	2	9	0	15 (62,5 %)
De 1.500 à 2.000 gr..	42	32	9	1	32	0	10 (23,8 %)
De 2.000 à 2.500 gr..	97	87	7	3	90	0	7 (6,2 %)

Les résultats nous montrent que la mortalité néo-natale du prématuré pesant moins de 1.500 grammes reste importante : 15 morts sur 24, soit 62,5 %. Ils sont inférieurs aux chiffres de l'année 1958 où l'on avait 15 morts sur 22, soit 68,1 %.

Les résultats sont bons, par contre, lorsque les prématurés pèsent plus de 1.500 grammes à la naissance, nous constatons, en effet, que pour 139 enfants de cette catégorie, c'est-à-dire dont le poids à la naissance est compris entre 1.500 et 2.500 grammes, 17 sont morts et 122 sont sortis vivants du Service.

En définitive, les résultats concernant les prématurés de moins de 1.500 grammes, sont plus favorables que ceux de l'année précédente : 62,5 % contre 68,1 %.

Par contre, ils sont moins favorables pour les prématurés de 1.500 grammes à 2.500 grammes : 12,6 % en 1959, alors que l'on avait 8,2 % en 1958.

C. -- LA MORT APPARENTE CHEZ LES PREMATURES ET LES DEBILES

Nous possédons 7 observations de mort apparente et, de même que chez les non débiles, nous distinguerons trois catégories de faits :

- Durée de réanimation de moins de 5 minutes ;
- Durée de réanimation supérieure à 5 minutes et échec à la réanimation, la mort réelle ayant fait suite à la mort apparente.
 - Réanimation inférieure à 5 minutes : 2 cas.
(obs. 1290, 2259).
 - Réanimation supérieure 5 minutes : 4 cas
(obs. 12, 1207, 1583, 2045).
 - Echec à la réanimation ou mort rapide : 1 cas.
(obs. 2885).

D. — MALFORMATIONS CHEZ LES PREMATURES ET LES DEBILES

Pieds bots (obs. 167)	1 cas
Atrésie de l'œsophage (obs. 956)	1 cas
Microcolon (obs. 1091)	1 cas

Nous venons d'exposer d'une manière schématique les résultats enregistrés au cours de l'année 1959 à propos des enfants prématurés ou débiles pesant moins de 2.500 grammes à la naissance.

Nous résumerons maintenant en quelques lignes, les points particulièrement intéressants. Après chacun de nos chiffres, figure le chiffre correspondant obtenu par A. Vieu en 1959.

Nous avons observé à propos de 3.003 (2.971) naissances, 128 (108) naissances de débiles, soit 4,2 % (3,6 %) et 35 (53) observations de prématurés nés au voisinage du terme, soit 1,1 % (1,7 %).

Si nous groupons l'ensemble des prématurés et des débiles nous voyons que pour 163 enfants la mortalité peut s'exprimer comme suit :

Mortalité immédiate : ce sont des enfants ayant donné signe de vie ; en état de mort apparente ou n'ayant pu être ranimés : 3 cas (obs. 314, 2368, 2885).

Mortalité rapide : ce sont les enfants morts au cours des premières 24 heures : 12 cas.

Le taux global de mortalité immédiate varie beaucoup en fonction du poids et du degré de prématuration, ainsi que le montrent les tableaux. L'importance relative du pourcentage de l'année 1959 est due au taux élevé de la mortalité rapide des enfants pesant moins de 1.500 grammes à la naissance.

Mortalité néo-natale : sur 148 enfants (140) vivants 24 heures après la naissance, 17 (7) sont morts dans le Service, c'est-à-dire pratiquement au cours du premier mois de la vie, car les grands prématurés ou les débiles graves sont gardés très longtemps dans le Service.

CONCLUSIONS

Au cours de l'année 1959, sont venues accoucher à la Clinique Obstétricale 2.977 femmes dont 2.951 présentant une grossesse simple, 26 présentaient une grossesse gémellaire. Au total 3.003 enfants sont nés dans le Service contre 2.971 en 1958 : 2.962 sont nés vivants (2.908 en 1958).

La mortalité des nouveau-nés comprenant les enfants morts in utero avant tout début de travail, les enfants morts au cours de l'accouchement et les enfants morts dans le Service pendant les dix premiers jours et pendant un laps de temps beaucoup plus long pour certains prématurés est de 89 (107 en 1958), soit 2,9 % (3,5 % en 1958).

A propos de ces 3.003 naissances survenues plus de six mois après la date probable de la fécondation, nous avons réuni un certain nombre de renseignements statistiques :

- Accouchements par les voies naturelles 2.945, soit 98 % (2.911, soit 98 % en 1958).
- Hystérotomies 58, soit 2 %

Pour ce qui est des accouchements par les voies naturelles, nous enregistrons les faits suivants :

Accouchements spontanés : 2.795 (dont 658 dégagements assistés par le vacuum extractor), soit 93,1 % (2.746, soit 92,4 % en 1958).

Un certain nombre d'enfants sont nés morts, soit que la mort ait eu lieu au cours de la grossesse, soit qu'elle se soit produite au cours du travail. Nous classons ici tous les enfants qui n'ont donné aucun signe de vie après leur naissance :

- Mort du fœtus in utero : 36 soit 1,19 % des naissances. (47, soit 1,58 % des naissances en 1958).
- Mort du fœtus au cours du travail : 5, soit 0,16 % des naissances. (16, soit 0,53 % des naissances en 1958).

La mortalité primaire groupant tous les enfants prématurés ou à terme ayant donné signe de vie mais ayant succombé au cours du séjour de leur mère dans le Service, s'élève à 46 dont 32 prématurés, soit 1,06 % (44, soit 1,4 % en 1958). Donc la mortalité totale comprenant la mortalité du fœtus in utero et au cours du travail, ainsi que la mortalité primaire s'élève à 2,4 %.

Nous renonçons à toute classification basée sur la date de naissance par rapport au terme, pour nous tenir strictement à un critère pondéral. Nous distinguons donc deux catégories :

- Enfants normaux pesant plus de 2.500 grammes, nés vivants.
- Enfants prématurés pesant moins de 2.500 grammes, nés vivants.

Enfants normaux.

Nous avons 2.799 enfants de cette catégorie, soit 93,2 % de la totalité des naissances :

2.772 sont nés vigoureux.

27 sont nés en état de mort apparente.

Dans les suites de naissance, nous enregistrons 60 affections diverses.

13 enfants sont morts pendant le séjour de leur mère dans le Service, soit une mortalité de 0,43 % (0,49 % en 1958).

Nouveau-nés prématurés.

Nous avons 163 observations de prématurés :

7 sont nés en état de mort apparente.

32 sont morts.

La mortalité totale pour cette catégorie d'enfants a donc été de 19,6 % (18,6 % en 1958).

Il y a lieu de discriminer ces cas de morts en distinguant deux ordres de faits :

— Enfants pesant moins de 1.500 grammes à la naissance, 24 observations : 15 sont morts, soit une mortalité de 62,5 % (70,3 % en 1958).

— Enfants pesant entre 1.500 et 2.500 grammes à la naissance, 139 observations : 17 sont morts, soit une mortalité de 12,2 % (8,2 % en 1958).

Vu :

Le Doyen,

A.-H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 septembre 1960.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Président du Conseil de l'Université,

Le Vice-Président A. BRULH

TABLE DES MATIERES

Avant-propos

CHAPITRE I

Nombre d'accouchements et mode de naissance

A. — Accouchements par les voies naturelles.....

B. — Les opérations césariennes

CHAPITRE II

Etude des enfants mort-nés

Pathogénie

CHAPITRE III

Etude des enfants non prématurés, non débiles nés vivants..

CHAPITRE IV

Etude des enfants prématurés ou débiles nés vivants

A. — Débiles en fonction de leur naissance.....

B. — Les prématurés en fonction de leur poids à la naissance

C. — La mort apparente chez les prématurés et les débiles

D. — Malformations chez les prématurés et les débiles.

